

Fytoterapie mužských sexuálních dysfunkcí

MUDr. Jiří Kočárek, Ph.D.,
Urologické oddělení,
Ústřední vojenská
nemocnice, Praha

Robert Jirásek
Edukafarm, Praha

Sexuální aktivity jsou důležitou součástí partnerského vztahu a předpokladem spojeného a plnohodnotného života každého muže. Sexualita sehrává svou pozitivní roli až do stáří, přičemž neplatí, že by dosažením vyššího věku zcela vyhasínala, jen se mohou modifikovat její formy a projevy. Kvalita sexuálního života, resp. poruchy v intimním soužití pak determinují vlastní hodnocení a úctu k sobě samému. Nespolehlivá či nedostavující se erekce, astenický orgasmus, oslabená apetence až ztráta zájmu o sex se stávají příčinou psychické traumatizace, snížení sebedůvěry a dysforie.¹

Úvod

Porucha ztopoření (erektilní dysfunkce – ED) postihuje asi 10 % mužů nad 21 let, ale u 40–70letých mužů je to již 52 %. V České republice se jedná o 500–800 tisíc mužů a každým rokem jich okolo 40 000 přibývá. V roce 2004 v ČR úplnou ztrátou schopnosti erekce trpěl každý desátý muž.^{1,2}

Erektilní dysfunkci definujeme jako trvalou (min. 6 měsíců trvající) neschopnost dosáhnout a udržet dostatečně dlouhou a dostatečně rigidní erekci potřebnou k realizaci oboustranně uspokojivého pohlavního styku.³ Příčiny selhávající erekce jsou vcelku pestré a lze je rozdělit na organické (cca 80 %) a neorganické (psychogenní, cca 20 %), a na primární a sekundární. K organickým příčinám patří cévní, resp. interní (někdy dosud nerozpoznané) choroby (diabetes mellitus, ateroskleróza, ischemická choroba srdeční, hypertenze aj.), dále neurologická postižení (úrazy páteře, roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda, diabetická neuropatie), urologické problémy (benigní hyperplazie prostaty, karcinom prostaty) a endokrinní (hypogonadismus, andropauza). Mezi nejvýznamnější psychogenní faktory řadíme anxieta a depresi. Zvláštní skupinu tvoří polékové poruchy sexuálních funkcí.⁴

Léčebný přístup a látky k podpoře erekce a libida

Ze starověku se dochovaly předpisy na nápoje lásky a posilující elixýry s medem, mandragorou apod. Ve středověku se věřilo na kouzelnou moc koriandru, šafránu a vanilky, v 19. století byly v této indikaci zneužívány španělské mušky. Za afrodiziaka byly pokládány chřest, sladké mandle, ambra, skořice, pepř, muškátový oříšek a řada dalších látek. Po objevu alkaloidů se začaly některé z nich (yohimbin, pilokarpin, papaverin, strychnin, kofein a efedrin) uplatňovat též v léčbě poruch mužské potence.^{5–8} latrogenně navozené dysfunkce (poruchy erekce a ejakulace) jsou obvykle řešitelné změnou léčby, snížením dávek nebo přerušením (drug-free vikendy) či vysazením léčby, vyčkáním na adaptaci nebo přidatnou medikací (yohimbin, cyproheptadin aj.).^{9–11}

Současná neinvazivní farmakoterapie ED využívá téměř výhradně inhibitory fosfodiesterázy (iPDE) sildenafil, tadalafil a vardenafil, dále pak centrálně působící apomorfin. Méně jsou používány intrakavernózní injekce či intrauretrální aplikace vazoaktivních látek, a dále podtlakové erektoery. Svou roli v léčbě ED zaujímá i psychoterapie z důvodu těsné vazby mezi psychikou a sexuálními funkcemi. Léčba pomocí iPDE vyžaduje sexuální stimulaci před stykem a nemá vliv na libido ani na ejakulaci, resp. orgasmus. Své místo zde mají též rostlinné komplexy s obsahem antidepresivně, anxiolyticky, antioxidantně a vazodilatačně účinkujících látek, jejichž účinnost je doložena EBM (evidence-based medicine). Ty jsou na rozdíl od konvenční léčby (iPDE) bez nežádoucích účinků a interakcí s jinými léčivy (hypotenzivy, nitráty, SSRI, SNRI aj.) a odpadají u nich kontraindikace (angina pectoris, infarkt myokardu aj.). K invazivním metodám léčby ED pak řadíme cévní operace a implantaci penilní protézy.¹²

Na prosexuální, resp. afrodiziakální působení řady rostlinných látek upozorňuje zcela recentní přehled v letošním *International Journal of Pharmacy & Therapeutics*.¹³ Z těchto látek vyniká extrakt z blizen šafránu setého (*Crocus sativus*, Iridaceae), obsahující krocín, pikrokrocín a safranal. Safranal inhibuje zpětné vychytávání serotoninu (antidepresivum), krocín působí afrodiziakálně a zlepšuje erekci. Další v přehledu zmiňovaná látkou s prokázanou účinností je extrakt z maky (*Lepidium meyenii*, Brassicaceae), který se vyznačuje přítomností alkaloidů (makainy 1, 2, 3 a 4), alkamidů, mastných kyselin (palmitová, olejová, linolenová), aminokyselin (lysin a arginin), isothiokyanátů a sterolů. Zvyšuje sexuální apetenci a pohotovost k erekci, působí anabolicky, antioxidantně a profertilně (podporuje spermiogenezi). Snižuje hyperlipoproteinemii a hyperglykemii;^{13–15} odstraňuje sexuální dysfunkce zapříčiněné užíváním antidepresiv ze skupiny SSRI.¹⁶

Kayenský pepř (chilli, praškovavý plod papriky *Capsicum frutescens*, Solanaceae) je jako afrodiziakum doporučován odedávna. Hlavní obsahovou látkou je alkaloid kapsaicin (až 1,5 %), dále karotenoidy, flavonoidní glykosidy a silice. Vnitřně se užívá jako roborans; účinkuje vazodilatačně, reologicky a mírně diureticky.¹⁷

Závěr

Mužské sexuální dysfunkce jsou dnes skupinou poruch dobře ovlivnitelných a adekvátně řešitelných poměrně bohatým arzenálem léčiv. Do popředí se dostávají i rostlinné látky s klinicky ověřeným a EBM doloženým účinkem, a přitom bez případných nežádoucích účinků, interakcí a kontraindikací.

Literatura

- Zámečnick L. Když selže erekce. *Lékařské listy* 2005;54:14–16.
- Kočí K. Aktuální možnosti léčby erektilních dysfunkcí. *Medica revue* 1996;3:11–13.
- Zámečnick L. Erektilní dysfunkce – nové preference v léčbě? *Urolog pro Praxi* 2008;9:8–9.
- Kubiček V, Dvořáček J. Erektilní dysfunkce – současné možnosti léčby. *Čas Lék Čes* 2000;139:387–390.
- Hynie J. *K farmakoterapii mužských sexuálních poruch*. Praha: Osvěta, 1934.
- Sandroni P. *Aphrodisiacs past and present: a historical review*. *Clin Autonome Res* 2001;11:303–307.
- Molčan J, Bárdoš A, et al. *Vybrané kapitoly zo sexuológie a hraničivých odborov*. Martin: Osveta, 1989.
- Hronek J, Chaloupková L, Kolomazník M. *Farmakoterapie poruch erektilní potence*. *Farmakoterap zprávy Spofa* 1987;33:303–307.
- Maršálek M. *Sexuální dysfunkce při léčbě antidepresiv*. *Psychiatrie pro praxi* 2003;4:94–100.
- Vaškovský R. *Deprese, antidepresiva a jejich vliv na sexuální fungování*. Praha: Grada Publishing, 2007.
- Louda M, Nováková H, Mochnacký V, et al. *Sekundární erektilní dysfunkce – potencionální medikamentózní agens*. Přednáška, 51. Farmakologické dny, 5.–7. 9. 2001, Hradec Králové.
- Zámečnick L. *Medikamentózní terapie erektilní dysfunkce*. *Prakt Lékáren* 2007;3:15–17.
- Sumalatha K, Kumar Saravana A, Lakshmi Mohana S. *Review on natural aphrodisiac potentials to treat sexual dysfunction*. *Int J Pharm Ther* 2010;1:10–18.
- Comhaire FH, Mahmoud A. *The role of food supplements in the treatment of the infertile man*. *Reproductive BioMedicine Online* 2003;7:385–391.
- Shamsa A, Hosseinzadeh H, Molaei M, et al. *Evaluation of Crocus sativus L. (saffron) on male erectile dysfunction: a pilot study*. *Phytomedicine* 2009;16:690–693.
- Dording ChM, Fisher L, Papakostas G, et al. *A double-blind, randomized, pilot dose-finding study of maca root (L. meyenii) for the management of SSRI-induced sexual dysfunction*. *CNS Neurosci Ther* 2008;14:182–191.
- Kresánek J. *Atlas léčivých rostlin a lesních plodů*. Martin: Osveta, 1988.